Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik Basel
DIREKTOR: PROF. DR. A. LABHARDT.

Die Eklampsie an der Basler Frauenklinik 1917—1927.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Nikolai Bobrow

aus Riga

(Lettland).

1931

Tip. „Splendid", Riga.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik Basel
DIREKTOR: PROF. DR. A. LABHARDT.

Die Eklampsie an der Basler Frauenklinik 1917—1927.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Nikolai Bobrow

aus Riga

(Lettland).

Tip. „Splendid", Riga.

Von der medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag von Professor Dr. A. LABHARDT.

Tag der Promotion: 13 Juli 1932

Prof. Dr. C. HENSCHEN
z. Zt. Dekan.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DEM ANDENKEN
MEINES LIEBEN VERSTORBENEN VATERS
IN
DANKBARKEIT GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544316_0048

Die Eklampsie zählt auch heutzutage noch zu den allerschwersten Komplikationen der Schwangerschaft und der Geburt. Trotz der zahlreichen Forschungen und Bemühungen in das dunkle Gebiet der Genese der Eklampsie einiges Licht zu bringen und das Wesen der Erkrankung aufzuklären, ist die Wissenschaft heute noch zu keinem abschliessenden Resultate gelangt. Die Eklampsie ist auch heute noch die Krankheit der Theorien, trotzdem da und dort wichtige Entdeckungen in Bezug auf das Entstehen der eklamptischen Anfälle gemacht worden sind. Bei dem Mangel an Kenntnissen über die Genese der Erkrankung kann auch natürlich von einer kausalen Therapie im eigentlichen Sinne des Wortes nicht die Rede sein und wir sind daher in Bezug auf die Behandlung mehr oder weniger auf die empirische Erfahrung angewiesen.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, die Eklampsiefälle der Basler Frauenklinik aus den Jahren 1917 — 1927 zusammenzustellen und aus den einzelnen Fällen sowie aus den Behandlungsresultaten die möglichen Schlüsse zu ziehen. Bevor ich auf dieses eigentliche Thema eingehe, seien einige Worte über die Genese der Erkrankung und pathologische Anatomie vorausgeschickt.

Genese.

Ich übergehe die zahllosen Theorien, die im Laufe der Zeit aufgestellt worden sind und hebe nur die beiden hervor, welche heutzutage als am sichersten begründet angesehen werden können: die plazentare und die fötale Theorie. Nach der plazentaren Theorie würden bei dem regen Stoffwechsel in der Plazenta, bei den komplizierten chemischen Umsetzungen in diesem Organ, Stoffe entstehen, welche für den mütterlichen Organismus giftig sind. Die Stoffe werden sicherlich in der Mehrzahl der Fälle durch den mütterlichen Organismus unschädlich gemacht. Arbeitet dieser jedoch nicht in vollkommener Weise, so können diese Giftstoffe in den mütterlichen Kreislauf gelangen und hier ihre schädlichen Wirkungen ausüben. Die Theorie, dass die Giftstoffe in der Plazenta entstehen, wird namentlich gestützt durch die Tatsache, dass auch bei Blasenmole, wo kein Fötus existiert, Eklampsie beobachtet wird.

Mit diesem Argument scheint die Theorie von Fehling, Mollinari u. A., welche die Produktion der Giftstoffe dem fötalen Organismus zuschreiben, widerlegt. Die Einwendungen, dass die Eklampsie kaum je in den ersten Schwangerschaftsmonaten auftritt, dass sie relativ häufig bei Zwillingsschwangerschaften beobachtet wird, dass sie nach dem Fruchttod zurückgeht und dass sie auch nach der Geburt, resp. einige Tage später verschwindet, lassen sich ebensogut mit der plazentaren wie mit der fötalen Theorie vereinbaren.

Die zahlreichen früheren Theorien, die jeweils in Anlehnung an die naturwissenschaftliche Erkenntnis aufgestellt wurden, haben sich nicht halten können, dagegen spielen wohl Aenderungen des Stoffwechsels, auch Aenderungen des Jonengehaltes der Gewebe und des Blutes bei der Entstehung der Eklampsie eine Rolle. Es sind jedoch diese Faktoren z. Z. noch nicht in hinlänglicher Weise aufgeklärt. Auch das Verhalten der Hormone ist noch nicht in einwandfreier Weise festgestellt.

Pathologische Anatomie.

Dank den Untersuchungen von Schmorl und Lubarcsh, welche das pathologisch-anatomische Bild der Eklampsie genau festgestellt haben, sind wir imstande auch ohne Kenntnis der klinischen Symptome auf dem Sektionstisch die Diagnose der Eklampsie zu stellen. Wir finden dabei die charakteristischen Veränderungen in der Leber, in der Niere, in der Lunge, im Gehirn und eventuell an anderen Organen. Sie stellen sich dar als Veränderungen in Gestalt von Thrombenbildungen, Blutungen, Degenerationen, insbesondere Verfettung, Nekrosen, namentlich in Niere und Leber. Es soll auf die Einzelheiten dieser Veränderungen, die als bekannt vorauszusetzen sind, nicht näher eingegangen werden.

Häufigkeit der Eklampsie.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Zahl der Eklampsiefälle je nach der geographischen Lage des Beobachtungsortes wechselt. So fand Büttner in Mecklenburg-Schwerin eine Häufigkeit von 1:600-650 (0,16%); in Württemberg wurde eine Eklampsiehäufigkeit von 1:3560 (0,02%) festgestellt; v. Jaschke gibt im Durchschnitt etwa 0,2% an.

Eine besondere Erwähnung verdient die Eklampsie-Häufigkeit der Zentralstaaten im Weltkriege. Es zeigte sich damals eine auffallende Tendenz zum Sinken der Eklampsie-Häufigkeit und man hat dies nicht mit Unrecht auf die durch die Hungerblokade bedingte Verminderung der Eiweiss- und Fettaufnahme bezogen. Diese Erscheinung der Abnahme der Eklampsiefälle ist eine so allgemeine gewesen, dass an den Einfluss der Ernährung auf das Auftreten der Eklampsie nicht mehr zu zweifeln ist. Aber nicht nur die Anzahl der Erkrankungsfälle, sondern auch die Schwere der Erkrankung hat während der Kriegsjahre abgenommen, was ziffernmässig in der Mortalität der Erkrankung zum Ausdruck kommt. Nach Warnekros und Schülein ist die Eklampsie-Häufigkeit auf die Hälfte, die Mortalität von 20% auf 8% zurückgegangen. Ruge berechnet eine Abnahme bis auf 1/8. Man tut gut, die Lehren, die uns das Experiment im Grossen gegeben hat, nicht unbeachtet zu lassen, sondern daraus die notwendigen Schlüsse für die Ernährung schwangerer Frauen zu ziehen, in dem Sinne, dass man aus ihrer Kost den Ueberschuss von Eiweiss- und Fettstoffen ausschaltet.

Behandlung.

Solange wir noch keine abschliessenden Kenntnisse über die Genese der Eklampsie besitzen, so kann von einer kausalen Therapie im eigentlichen Sinne des Wortes nicht die Rede sein; wir sind vielmehr auf empirische Erfahrungen angewiesen. Nur insofern kann von einer kausalen Therapie die Rede sein, als wir das Ei aus dem mütterlichen Organismus ausschalten und damit die Giftquelle beseitigen. Nach dem können 3 Arten von Therapie unterschieden werden:

1. Die aktive Behandlung (kausal)
2. Die konservative Behandlung (empirisch symptomatisch)
3. Die Therapie der mittleren Linie (Engelmann).

Das Prinzip der aktiven Behandlung beruht darauf, dass wir in jedem Falle von Eklampsie die Entbindung in möglichst kurzer Zeit durchzuführen suchen, gestützt auf den Satz von Bumm, dass „die sofortige Entbindung die beste Eklampsiebehandlung ist". Die Art der Entbildung wird natürlich nach dem jeweiligen Stande der Geburt eine verschiedene sein: Dührssen empfahl s. Z. den vaginalen Kaiserschnitt; neuerdings wird dem abdominellen Verfahren der Vorzug gegeben. Sind die Geburtswege schon eröffnet und ist daher eine Entbindung auf natürlichem Wege möglich, so wird man mit der Zange oder der Wendung, bei totem Kinde mit der Perforation auskommen. Wenn auch nach Lichtenstein bei der prinzipiellen Durchführung der aktiven Methode in 50% der Fälle die Anfälle sofort nach der Entbindung aufhörten, so ist doch zu betonen, dass erstens nicht alle Fälle durch die aktive Therapie geheilt werden konnten und dass sicherlich andererseits eine Reihe von Fällen einer grossen Operation unterworfen werden mussten, die auch ohne eine solche hätte geheilt werden können.

Die konservative Therapie, namentlich in Gestalt des Stroganoff'schen Verfahrens geht darauf aus, die Anfälle zu coupieren ohne die Entbindung um jeden Preis herbeizuführen. Dabei muss allerdings die Ueberlegung gemacht werden, dass man durch Herabsetzung der Sensibilität der Grosshirnrinde wohl die Anfälle vermindern kann, dabei aber die eigentliche Erkrankung nicht heilt. Damit ist gesagt, dass dieses Verfahren lediglich ein symptomatisches ist. Die anfänglich von Stroganoff selbst publizierten Resultate, welche ausserordentlich scheinen, haben sich daher auch in der Folgezeit nicht halten können.

Die Therapie der mittleren Linie geht darauf aus, zunächst die Anfälle durch narkotische Mittel (Verfahren von Stroganoff) hintanzuhalten, dabei aber die Entbindung nach Möglichkeit und auf schonende Weise zu befördern; ausserdem sucht man dabei durch einen Aderlass eine möglichst grosse Menge des im Körper befindlichen Giftes aus demselben zu elliminieren.

Bei der grossen Verschiedenheit der einzelnen Eklampsiefälle erscheint es nicht zweckmässig, alle beobachteten Fälle

prinzipiell einer Behandlungsart zu unterziehen; es dürfte richtiger sein, die Therapie, wenigstens nach Möglichkeit, dem einzelnen Falle anzupassen. Allerdings steht diesem Gedankengange die Schwierigkeit gegenüber, dem einzelnen Fall prognostisch richtig zu beurteilen. Es dürfen aber für die Mehrzahl der Fälle die klinischen Anzeichen genügen, um sie in die entsprechende Behandlungs-Kategorie einzureihen. Diesem Gedankengange folgend ist die Therapie an der Basler geburtshilflichen Klinik in vergangenen Jahrzehnt keine einheitliche gewesen, sondern sie ist sozusagen jedem einzelnen Falle angepasst worden.

Die Prinzipien der Eklampsie-Therapie an der Basler Frauenklinik.

Es soll im Folgenden dargestellt werden, wie an der Basler Frauenklinik, auf Grund der exakten Beobachtung eines jeden Falles die Therapie durchgeführt wird. Sie wird bestimmt durch den Moment des Auftretens der Erkrankung (Schwangerschaft, Eröffnungs- Austreibungs- Plazentarperiode und Wochenbett), dann durch die Schwere der Erkrankung und den eventuellen Misserfolg der eingeleiteten therapeutischen Massnahmen. Im allgemeinen wird dabei tendiert mit konservativen Massnahmen auszukommen.

Treten die Anfälle in der Schwangerschaft, d. h. ohne Wehen auf und ist das Allgemeinbefinden gut, so wird die Stroganoff'sche Behandlung eingeleitet, bei hohem Blutdruck ein Aderlas von ca. 500 ccm Blut vorgenommen. Nur wenn diese Therapie versagt, oder von vorneherein der Fall schwer erscheint, so wird die Sectio ausgeführt.

Auch bei drohender Eklampsie wird zunächst die Stroganoff'sche Behandlung eingeleitet; nur bei schweren Augenstörungen wird, bei mangelnder Aussicht auf spontane Geburt, der Kaiserschnitt ausgeführt.

In der Eröffnungszeit wird gleichfalls zunächst konservativ verfahren, solange noch Aussicht auf spontane Geburt ohne schwere Schädigung besteht; versagen die konservativen Massnahmen und bestehen keine gute Aussichten auf spontane Geburt, so tritt der Kaiserschnitt in sein Recht; ebenso wenn von vorneherein der Fall ungünstig ist (zahlreiche Anfälle, schlechte Nierentätigkeit, alte 1-Para). Nach der Sectio wird jeweils die Stroganoff'sche Behandlung durchgeführt.

Steht die Frau in der Austreibungszeit und muss aus mütterlicher oder kindlicher Indikation entbunden werden, so sind die geburtshilflichen Massnahmen indiziert: Kristeller, Zange, Extraktion.

In der Plazentarperiode und im Wochenbett beschränkt sich die Therapie auf das Stroganoff'sche Verfahren, eventuell mit Aderlass.

Die Eklampsie-Fälle der Basler Frauenklinik 1917 — 1927.

Im Zeitraume vom 1. Januar 1917 bis 31. Dezember 1927 wurden 92 Fälle von Eklampsie beobachtet. Die folgende tabellarische Uebersicht gibt über diese Fälle Aufschluss.

TABELLE I.

Fall 1. 1917. J. № 112.	Fall 2. 1917. J. № 222.	Fall 3. 1917. J. № 593.	Fall 4. 1917. J. № 886.	
L.-K.	M.-Z.	L.-H.	K.-S.	Name.
24	39	38	40	Alter.
1	1	7	12	Para.
14½	15	14	14	Menarche.
29.4.1916	Anfang Mai 1916	Ende August 1916	4.11.1916	Letzte Periode.
18.1.1917	13.2.1917	17.5.1917	9.8.1727	Geburt.
Brechen, Kopfweh, Nephritis grav.	Emesis, Uebelkeit, Oedeme, Nephritis	Brustbeklemmung, Kopfweh	Oedeme, Kopfweh, Krämpfe	Beschwerden i. d. Gravidität.
17.1.1917	12.2.1917	17.5.1917	9.8.1917	Spitaleintritt.
19.1.1917 11‰ Ausscheid. bis 29.1.17	12, bis 6.3.1917	positiv	2, bis 10.8.1917	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorhanden	vorh.	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorhanden	vorh.	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
Austreibung	Eröffnung	post partum	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
1	1	2	3	Zahl der Anfälle.
Stroganoff	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Kristeller	spontan	spontan	Forceps	Entbindung (Art.)
frühreif	frühreif	frühreif	1) reif, 2) reif	Kind.
45	48	45,5	51 48	Länge (in cm).
2000	2750	2160	3400 2750	Gewicht.
afebril	afebril	febril	febril	Wochenbett.
gering	gering	gering	stark	Blutverlust b. d. Geburt.
—	400	200	300	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma,
31.1.1917	6.5.1917	29.5.1917	31.8.1917	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	wohl	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 5. 1918. J. № 601.	Fall 6. 1918. J. № 705.	Fall 7. 1918. J. № 719.	Fall 8. 1918. J. № 905.	
I.-F.	B.-R.	S. B.	B. L.	Name.
39	33	29	29	Alter.
6	1	1	1	Para.
20	17	15½	16	Menarche.
Anf. August 1917	Anf. Sept. 1917	Sept. 1917	Anfang Januar 1918	Letzte Periode.
16.5.1918	17.6.1918	20.6.1918	16.10.1918	Geburt.
Leibschmerz, Oedeme	Emesis, Oedeme	Kopfschmerzen	—	Beschwerden i. d. Gravidität.
17.5.1918	15.6.1918	20.6.1918	5.8.1918	Spitaleintritt.
2,	spur,	3,	—	Eiweiss im Urin pro 0/00.
bis 21.5.1918	bis 20.6.1918	bis 23.6.1918		
vorh.	—	—	—	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	—	—	Hyaline Zylinder.
Wochenbett	Eröffnung	Eröffnung	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
1	4	4	9	Zeit der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Stadtgeburt	Forceps	spontan	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
Gemelli	reif	reif	reif	Kind.
		50		Länge (in cm).
	2580	2900		Gewicht.
	afebril	afebril		Wochenbett.
?	mittleren	mässig		Blutverlust b. d. Geburt.
—	250	—		Aderlass (in cmm).
—		—		Coma.
29.5.1918	29.6.1918	11.6.1918	† 16.10.1918	Austritt.
gut	gut	gut	†	Mutter (Befinden).
wohl (zu Hause)	wohl	wohl	fahl	Kind (Befinden).

Fall 9. 1919. J. № 21/1413.	Fall 10. 1919. J. № 93.	Fall 11. 1919. J. № 430.	Fall 12. 1919. J. № 530.	
K.-F.	C.-G.	H.-S.	W.-O.	Name.
31	26	27	25	Alter.
1	1	1	1	Para.
17	15	15	14	Menarche.
19.5.1918	Anf. April 1918	12.6.1918	6.8.1918	Letzte Periode.
25.12.1918	6.2.1919	17.4.1919	16.5.1919	Geburt.
—	Emesis, Oedem, Kopfweh, schwere Nephropathie	—	—	Beschwerden i. d. Gravidität.
25.12.1918	16.1.1919	16.4.1919	16.5.1919	Spitaleintritt.
5, bis 27.12.1918	4, bei Austritt 6	2, b. Austritt spur	opal	Eiweiss im Urin pro ‰.
—	vorh.	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	—	—	—	Hyaline Zylinder.
7. Mon. und Eröffn.	7. Mon.	Eröfnung u. b. Traktionen	post partum	Zeitauftreten der Anfälle.
? 4	3	2	1	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Sectio caesarea	spontan	Forceps	spontan	Entbindung (Art.)
frühreif, tot	frühreif	reif	reif	Kind.
41	40	53	49	Länge (in cm).
1620	—	4360	3150	Gewicht.
afebril	afebril	febril	afebril	Wochenbett.
mässig	mässig stark	ziemlich viel	470	Blutverlust b. d. Geburt.
310	250	—	280	Aderlass (in cmm).
—	—	15. Min.	2. Min.	Coma,
29.1.1919	28.2.1919	3.5.1919	26.5.1919	Austritt.
gut	chron. Nephritis?	gut	gut	Mutter (Befinden).
†	† Adynamie	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 13. 1919. J. № 735.	Fall 14. 1919. J. № 1197.	Fall 15. 1920. J. № 42/1481.	Fall 16. 1920. J. № 237.	
R. L.	D.-N.	B.-H.	N.-G.	Name.
25	35	26	36	Alter.
2	1	2	3	Para.
12	15	13	18	Menarche.
15.10.1918	7.3.1919	18.5.1919	12.4.1919	Letzte Periode.
27.7.1919	12.11.1919	30.12.1919	2.2.1920	Geburt.
etwas Blutabgang	Oedeme, Kopfweh, Nephropathie	Emesis. Uebelk. Kreuzschmerz. Nephropathie	--	Beschwerden i. d. Gravidität.
11.7.1919	8.11.1919	26.12.1919	30.1.1920	Spitaleintritt.
schwach positiv, bis 28.7.1919	16, bis 29.11.1919	16, bis 2.1.1920	v. d. Entbind.? 2.2. und 3.2.1920 spur	Eiweiss im Urin pro 0/00.
–	vorh.	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
–	vorh.	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
post partum	Eröffnung	9. Mon.	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
1	1	?	1	Zeit der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Morphium. Dormiol	Behandlung.
spontan	spontan	spontan	Forceps	Entbindung (Art.)
reif	reif	frühreif	reif, Asphyxie	Kind.
48	48	44	55	Länge (in cm).
2900	2730	1780	4550	Gewicht.
afebril	afebril	afebril	afebril	Wochenbett.
320	1000	350	—	Blutverlust b. d. Geburt.
220	—	—	—	Aderlass (in cmm).
3. Min.	—	—	—	Coma.
5.8.1919	6.12.1919	12.1.1920	12.2.1920	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	wohl	wohl	†	Kind (Befinden).

Fall 17. 1920. J. № 464.	Fall 18. 1910. J. № 1077.	Fall 19. 1920. J. № 1274.	Fall 20. 1920. J. № 1308.	
A.-W.	G.-B.	S.-W.	E.-B.	Name.
41½	30	37	28	Alter.
1	4	1	1	Para.
15	15	?	16	Menarche.
10.6.1919	2.12.1919	15.12.1919	20.12.1919	Letzte Periode.
18.3.1920	15.7.1920	—	1.9.1920	Geburt.
Unwohl, Emesis	Emesis, Kopfweh	Grippe, Pneumonie	Kopfschmerzen	Beschwerden i. d. Gravidität.
14.3.1920	13.7.1920	20.8.1920	7.8.1920 und 30.8.1920	Spitaleintritt.
0,5 bis 20.3.1930	4, bis 20.7.1920	positiv	10 9, bis 9.9.1920	Eiweiss im Urin pro ‰.
—	—	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	vorh.	—	—	Hyaline Zylinder.
Eröffnung	post partum	7. Mon.	9. Mon. u. 10. Mon.	Zeitauftreten der Anfälle.
1	1	?	2 2	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Perforation (enges Beck.)	Müller—Sm	Am 20.8.1920 im 8. Graviditätsmonate samt d. Kinde i. Utero gestorben	Fehling, Kristeller	Entbindung (Art.
reif	frühreif		frühreif, tot	Kind.
50	42		45	Länge (in cm).
2500	1140		1750	Gewicht.
afebril	afebril		afebril	Wochenbett.
—	350		200	Blutverlust b. d. Geburt.
—	150	—	300	Aderlass (in cmm).
12. Min.	10. Min.	300	—	Coma.
1.4.1920	20.7.1920	tief, langdauernd	16.8.1920 u. 13.9.1920	Austritt.
gut, geringe Anämie	Nephr. chr. Ret. albuminurica	† 20.8.1920	Parästhesien i. d. Extremit.	Mutter (Befinden).
†	†	†	†	Kind (Befinden),

Fall 21. 1921. J. № 497.	Fall 22. 1921. J. № 564.	Fall 23. 1921. J. № 1166.	Fall 24. 1921. J. № 1224.	
S.-S.	B.-J.	H.-S.	W.-S.	Name.
26	24	37	37	Alter.
1	1	5	3	Para.
14	15	18	13	Menarche.
8.8.1920	4.7.1920	2.10.1920	Ende Dezember 1920	Letzte Periode.
28.3.1921.	16.4.1921	8.8.1921	18.8.1921	Geburt.
Emesis, Oedeme, Handzuckungen, Nephritis	Emesis	Oedeme, Magenbrennen, Krämpfe	Oedeme, Stirndruck, Sehstör. Nephrop.	Beschwerden i. d. Gravidität.
27.3.1921	4.4.1921	8.8.1921	31.7.1931	Spitaleintritt.
12, bis 24.4.1921	5, bis 27.4.1921	4, bis 9.8.1921	2, bis 28.9.1921	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorh.	vorh.	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
7. Mon.	Eröffnung	Eröffn. u. Plaz.-per.	9. Mon.	Zeitauftreten der Anfälle.
Drohende Eklampsie	2	3 1	2	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Kristeller	Forceps	spontan	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
frühreif	reif	reif	frühreif	Kind.
45,5	51	54	42	Länge (in cm).
1900	3390	4320	1600	Gewicht.
febril	afebril	afebril	febril	Wochenbett.
sehr stark	—	—	—	Blutverlust b. d. Geburt.
250	300	600	250	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma,
26.4.1921	4.51.1921	18.8.1921	30.9.1921	Austritt.
gut	wohl	gut	nicht vollst. geheilte Bronchopneumonie. Pleur.	Mutter (Befinden).
wohl	wohl	wohl	† Kinderspital	Kind (Befinden).

Fall 25. 1921. J. № 1266.	Fall 26. 1921. J. № 1275.	Fall 27. 1921. J. № 1360.	Fall 28. 1921. J. № 1438.	
W.-N.	Z.-E.	A.-M	J. A.	Name.
34	30	35	26	Alter.
1	1	1	1	Para.
15	13	12	15	Menarche.
Mitte Dez. 1920	Ende Nov. 1320	12.12.1920	31.12.1920	Letzte Periode.
31.8.1921	1.9.1921	23.9.1921	9.10.1921	Geburt.
Emesis, Oedeme, Nephropathie	Emes. Uebelkeit, Oedeme, Nephropathie	Kopfweh, Nephropathie	Kopfweh	Beschwerden i. d. Gravidität.
19.7.1921 u. 30.8.21	1.9.1921	21.9.1921	9.10.1221	Spitaleintritt.
9,5, 13, bis 5.8.21 bis 21.9	9, bis 20.9.1921	9, bis 2.11.1921	3, bis 14.10.1921	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	vorh.	vorh.	vorh.	Hyaline Zylinder.
10. Mon.	9. Mon.	10. Mon.	Austreib. u. post partum	Zeitauftreten der Anfälle.
2	4	1	2 3	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
spontan	Sectio caesarea	spontan	auswärts	Entbindung (Art.)
frühreif	frühreif	reif, tot	frühreif	Kind.
46	46	51	51	Länge (in cm.)
2420	2180	2900	3520	Gewicht.
febril	febril	afebril	afebril	Wochenbett.
250		650	—	Blutverlust b. d. Geburt.
200	300	—	300	Aderlass (in cmm).
	—	—	—	Coma.
13.8.21 u. 24.9.21	29.9.1921	3.11.1921	10.11.1921	Austritt.
gut	wohl	Kopfweh, Ohrensausen	gut	Mutter (Befinden).
wohl	Ekzem am Bein	†	wohl	Kind (Befinden).

Fall 29. 1921. J. № 1515.	Fall 30. 1921. J. № 1650.	Fall 31. 1922. J. № 81.	Fall 32. 1922. J. № 870.	
A.-M.	G.-M.	S.-W.	H.-B.	Name.
28	39	28	27	Alter.
1	1	2	1	Para.
14	16	15	16	Menarche.
Anfang Mai 1921	5.3.1921	22.5.1921	10.9.1921	Letzte Periode.
17.11.1921	30.11.1921	27.2.1922	13.6.1922	Geburt.
Kopf.-Magenschmerzen Nephropathie	Kopfweh, Oedeme Nephropathie	Kopfweh, Oedeme, Nephropathie	Emesis	Beschwerden i. d. Gravidität.
26.10.1921	6.11.1921 u. 30.11.1921	5.1.1922	13.6.1922	Spitaleintritt.
spur opal, b. Austritt opal	13, bis 22.11 1,5, bis 3.12.1921	3, bei Austritt 1	spur opal, bis 16 6.1922	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	–	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	—	—	Hyaline Zylinder.
6. Mon.	8. Mon.	9. Mon.	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
6	2	1	4	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
spontan	spontan	Veit-Smellie	Forceps	Entbindung (Art.)
macerіert	frühreif, maceriert	reif, tot	reif	Kind.
31	45	49	51	Länge (in cm).
570	1920	2550	3180	Gewicht.
afebril	afebril	afebril	febril	Wochenbett.
—	gering	550	250	Blutverlust b. d. Geburt.
550	450	350	200	Aderlass (in cmm).
–	—	—	—	Coma.
26.11.1921	25.11 u. 10.12.1921	22.3.1922	15.7.1922	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
†	†	†	wohl	Kind (Befinden).

Fall 33. 1922. J. № 1136.	Fall 34. 1922. J. № 1366.	Fall 35. 1922. J. № 1383.	Fall 36. 1922. J. № 1517.	
D.-V.	D.-M.	R.-G.	D.-G.	Name.
38	29	30	27	Alter.
1	1	1	1	Para.
15	14½	19	15	Menarche.
12.10.1921	22.1.1922	6.1.1922	1.2.1922	Letzte Periode.
13.8.1922	10.10.1922	11.10.1922	20.11.1922	Geburt.
Emesis, Magenweh	Emesis, Kopfweh	Emesis, Kopfweh, Nephropathie	Hyperemesis, Oedeme, Kopfweh.	Beschwerden i. d. Gravidität.
11.8.1922	5.10.1922	10.10.1922	19.11.1922	Spitaleintritt.
1,2 bis 16.8.1922	2, bis 17.10.1922	3, bis 20.10.1922	8, bis 4.12.1922	Eiweiss im Urin pro ‰.
—	vorh.	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	vorh.	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
Eröffnung	10. Mon. u. p. partum	Eröffnung	10. Mon.	Zeitauftreten der Anfälle.
2	2 1	1	5	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Forceps	Sectio caesarea	Kristeller	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
reif	frühreif	frühreif	frühreif	Kind.
51	47	47	46	Länge (in cm).
3490	2300	2570	2400	Gewicht.
febril	febril	afebril	febril	Wochenbett.
mittelstark	400	30	200	Blutverlust b. d. Geburt.
150	—	350	550	Aderlass (in cmm).
—	—	2. Min.	—	Coma,
4.9.1922	23.10.1922	23.10.1922	7.12.1922	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
† intracranielle Blutung	wohl	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 37. 1922. J. № 1573.	Fall 38. 1922. J. № 1600.	Fall 39. 1923. J. № 216.	Fall 40. 1923. J. № 537.	
S.-P.	H.-M.	S.-W.	S.-F.	Name.
21	40	31	42	Alter.
1	1	2	4	Para.
15	15	?	15	Menarche.
1.3.1922	16.3.1922	?	?	Letzte Periode.
2.12.1922	12.12.1922	5.2.1923	14.4.1923	Geburt.
Kopfweh	Emesis, Oedeme, Nephrop. Endocarditis.	Emes. Kopfweh, Amaurose, Nephropathie	—	Beschwerden i. d. Gravidität.
2.12.1922	12.12.1922	2.2.1923	14.4.1923	Spitaleintritt.
4, bis 15.12.1922	3,	1,3 bis 25.2.1923	3, bis 21.4.1923	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	—	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
—	—	—	—	Hyaline Zylinder.
post partum	Vorboten sub partu	9. Mon.	8. Mon.	Zeitauftreten der Anfälle.
1	keine Anfälle	Drohende Eklampsie	8	Zahl der Anfälle.
Strog.	Herzexcitantia	—	Strog.	Behandlung.
spontan	Episiotomie. Kristeller	Sectio caesarea	Sectio ceasarea	Entbindung (Art.)
reif	frühreif, tot	1) frühreif, 2) frühreif	frühreif, tot	Kind.
49	46	46 47	37	Länge (in cm).
2650	1620	2140 2350	1150	Gewicht.
afebril		afebril	febril	Wochenbett.
500	300	—	—	Blutverlust b. d. Geburt.
—	—	—	450	Aderlass (in cmm).
5. Min.	—	—	—	Coma,
16.12.1922	† 12.12.1922 (Endocarditis)	28.2.1923	22.5.1923	Austritt.
gut	†	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	†	wohl	†	Kind (Befinden),

Fall 41. 1923. J. № 1017.	Fall 42. 1923. J. № 1093.	Fall 43. 1923. J. № 1137.	Fall 44. 1923. J. № 1176.	
E.-F	U. A.	H.-M.	M.-M.	Name.
32	21	26	22	Alter.
1	1	1	2	Para.
15	16	?	?	Menarche.
Mitte Dez. 1922	19.12.1922	9.12.1922	14.12.1922	Letzte Periode.
31.7.1923	20.8.1923	23.8.1923	2.9.1923	Geburt.
—	Kopf.- u. Bauchweh Oedeme	Oedeme, Kopfweh	Oedeme	Beschwerden i. d.Gravidität.
26.7.1923	14.8.1923	23.8.1923	2.9.1923	Spitaleintritt.
28, bis 15.8.1923	opal, bis 7.9.1923	7,	21, bis 7.9.1923	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	—	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
8. Mon.	8. Mon.	10. Mon. u. Wochenbett	sub partu (auswärts)	Zeitauftreten der Anfälle.
3	11	10 7	3	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Sectio caesarea	spontan	Sectio caesarea	?	Entbindung (Art.)
frühreif	frühreif, tot	1) reif, 2) reif	frühreif	Kind.
39	40	49 47	42	Länge (in cm).
1480	1320	2670 2450	1600	Gewicht.
febril	afebril	—	afebril	Wochenbett.
—	50	—	—	Blutverlust b. d. Geburt.
200	350	450	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
20.8.1923	8.9.1923	† 24.8.1923	15.9.1923	Austritt.
gut	gut	†	gut	Mutter (Befinden).
† Adynamie	†	wohl	Submaxillarabscess, Heilung	Kind (Befinden).

Fall 45. 1923. J. № 1311.	Fall 46. 1924. J. № 249.	Fall 47. 1924. J. № 338.	Fall 48. 1924. J. № 747.	
I.-W.	H.-A.	H.-T.	G.-R.	Name.
39	24	28	31	Alter.
5	1	1	1	Para.
?	15	14	12	Menarche.
Februar 1923	28.5.1923?	?	14.8.1923	Letzte Periode.
6.10.1923	10.2.1924	4.3.1924	27.5.1924	Geburt.
Emesis, Oedeme, Kopfweh, Nephropathie	Oedeme	Oedeme	Kopfweh, Uebelkeit, Oedeme	Beschwerden i. d. Gravidität.
5.10.1923	10.2.1924	3.3.1924	27.5.1924	Spitaleintritt.
positiv	30. bis 2.3.1924	21, bis 12.3.1924	14,	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	vorh.	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
9. Mon.	10. Mon. u. nach d. Sectio	10. Mon.	Austreibung	Zeitauftreten der Anfälle.
3	10 1	5	1	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Kristeller	Sectio caesarea	Sectio caesarea	Forceps	Entbindung (Art.)
frühreif, tot	frühreif	frühreif	reif, tot	Kind.
42		46	51	Länge (in cm.)
1700	2380	2340	3650	Gewicht.
—	afebril	febril	—	Wochenbett.
—	mässig	—	mässig	Blutverlust b. d. Geburt.
900	130	450	300	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
† 6.10.1923	3.3.1924	18.3.1924	† 27.5.1924	Austritt.
†	gut	gut	†	Mutter (Befinden).
† intrauterine Asphyxie	wohl	wohl	†	Kind (Befinden).

Fall 49. 1924. J. № 753.	Fall 50. 1924. J. № 806.	Fall 51. 1924. J. № 1351.	Fall 52. 1924. J. № 1418.	
H.-M.	H. F.	B.-S.	B.-M.	Name.
28	24	29	36	Alter.
1	1	1	3	Para.
?	?	?	14	Menarche.
10.8.1923	Ende Sept. 1923	?	26.12.1923	Letzte Periode.
28.5.1924	6.6.1924	27.9.1924	29.10.1924	Geburt.
Magendruck, Oedeme	Oedeme, Kopfweh	Emesis, Kopfweh, Oedeme	Emesis, Sehstör. Nephropathie	Beschwerden i. d. Gravidität.
28.5.1924	6.6.1924	27.9.1924	10.10.1924	Spitaleintritt.
positiv bis 8.6.1924	12, bis 23.6.1924	positiv, bis 2.10.1924	positiv bis 9.11.1924	Eiweiss im Urin pro 0/00.
vorh.	—	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
10. Mon.	Eröffnung	8. Mon. u. post. partum	sub. partu	Zeitauftreten der Anfälle.
8	2	10 6	Eklampsismus	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Pantopon	Behandlung.
Sectio caesarea	Sectio caesarea	Sectio caesarea	Kristeller	Entbindung (Art.)
reif	frühreif	frühreif	reif	Kind.
52	43	37	52	Länge (in cm).
3400	1970	1150	3820	Gewicht.
febril	febril	afebril	febril	Wochenbett.
—	—	—	300	Blutverlust b. d. Geburt.
—	400	300	—	Aderlass (in cmm).
langdauernd	—	—	—	Coma.
11.6.1924	24.6.1922	25.10.1924	11.11.1924	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden)
wohl	† am 5. Lebenstage	im Kinderspital	wohl	Kind (Befinden).

Fall 53. 1924. J. № 1438.	Fall 54. 1925. J. № 84.	Fall 55. 1925. J. № 359.	Fall 56. 1925. J. № 678.	
K.-B.	H.-G.	P.-W.	T.-H.	Name.
27	33	42	31	Alter.
1	1	2	7	Para.
18	18	19	11½	Menarche.
25.1.1924	?	18.5.1924	1.8.1924	Letzte Periode.
15.10.1924	5.1.1925	11.3.1925	16.5.1925	Geburt.
—	Oedeme, Müdigkeit, Nephropathie	Kopfweh, Arythm. perp. Extrasystole, enges Becken.	Kopfweh, Delirium	Beschwerden i. d. Gravidität.
15.10.1924	5.1.1925	10.3.1925	12.5.1925	Spitaleintritt.
—	12, bis 9.1.1925	10,	—	Eiweiss im Urin pro ⁰/₀₀.
vorh.	—	—	—	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	—	—	Hyaline Zylinder.
Austreibung	Eröffnung	Droh. Eklampsie in 10. M./	p. part./p. partum	Zeitauftreten der Anfälle.
1	2		2 1	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog. Sauerstoff	Strog.	Behandlung.
Forceps	Forceps	Sectio caesarea	spontan	Entbindung (Art.)
reif	1) reif, tot; 2) reif	reif	reif	Kind.
50	49 49	50	49	Länge (in cm.)
3550	2900 2970	3400	3520	Gewicht.
febril	afebril	—	afebril	Wochenbett.
600	—	mittel	350	Blutverlust b. d. Geburt.
—	—	400	200	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
1.11.1924	17.1.1925	† 12.3.1925 (Herzinsuff.)	26.5.1925	Austritt.
gut	gut	†	gut	Mutter (Befinden).
Blennorrhoe, Go neg.	1) † intraut. Asph. 2) wohl	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 57. 1925. J. № 1024.	Fall 58. 1925. J. № 1070.	Fall 59. 1925. J. № 1140.	Fall 60. 1925. J. № 1191.	
S.-F.	S.-H.	I.-A.	M.-S.	Name.
31	25	23	48	Alter.
1	1	1	9	Para.
18	15	13	?	Menarche.
22.11.1924	20.10.1924	4.11.1924	Mitte Novemb. 1924	Letzte Periode.
26.7.1925	2.8.1925	14.8.1925	25.8.1925	Geburt.
Kopfweh, Emes. Oedeme, Flimmern, Nephropathie	Emes. Oedeme, Kopfweh, Nephropathie	Emesis, Kopfweh, Oedeme	Kopfweh, genitale Blutung	Beschwerden i. d. Gravidität.
24.7.1925	1.8.1925	13.8.1925	25.8.1925	Spitaleintritt.
9, bis 25.8.1925	positiv, bis 4.8.1925	opal, bis 19.8.1925	9, b. Austritt spur	Eiweiss im Urin pro 0/00.
—	—	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	—	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
10. Mon.	Eröffnung	post partum	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
2	1	1	2	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Sectio caesarea	Forceps	spontan	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
frühreif	reif	reif	frühreif	Kind.
46	48,5	48	45	Länge (in cm).
2400	3150	3020	2000	Gewicht.
febril	afebril	afebril	febril	Wochenbett.
—	800	250	—	Blutverlust b. d. Geburt.
350	—	—	260	Aderlass (in cmm).
—	—	3. Min.	—	Coma.
27.8.1925	19.8.1925	24.8.1925	20.10.1925	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden)
wohl	wohl	wohl	im Kinderspital	Kind (Befinden).

Fall 61.	Fall 62.	Fall 63.	Fall 64.	
1925. J. № 1433.	1925. J. № 1565.	1925. J. № 1652.	1926. J. № 42/1781.	
B.-S.	H.-S.	B.-S.	S.-W.	Name.
26	26	34	25	Alter.
1	1	1	2	Para.
12	13½	14	15	Menarche.
30.12.1924	22.2.1925	3.3.1925	Mitte März 1925	Letzte Periode.
16.10.1925	10.11.1925	2.12.1925	27.12.1926	Geburt.
—	Emesis, Oedeme, Magenschmerzen	Oedeme, Kopfweh	Emesis, Oedeme	Beschwerden i. d. Gravidität.
10.10.1925	10.11.1925	1.12.1925	28.12.1925	Spitaleintritt.
0,6 bis 22.10.1925	positiv bis 24.11.1925	20, bis 16.12.1925	3, bis 10.1.1926	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	—	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
Eröffnung	10. Mon. und Wochenb.	Eröffnung u. Austreib.	post partum	Zeitauftreten der Anfälle.
2	1 4	2 1	4	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Morph. Pantopon	Behandlung.
Forceps	Sectio caesarea	Veit-Smellie	spontan (zu Hause)	Entbindung (Art.)
reif	frühreif	1) reif, 2) reif, macer.	?	Kind.
50	41	42 49	?	Länge (in cm).
3350	1550	2820 2800	?	Gewicht.
afebril	febril	febril	afebril	Wochenbett.
mässig	—	400	—	Blutverlust b. d. Geburt.
—	—	250	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
31.10.1925	28.11.1925	17.12.1925	12.1.1926	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	im Kinderspital	wohl	wohl (zu Hause)	Kind (Befinden).

Fall 65. 1926. J. № 382.	Fall 66. 1926. J. № 607.	Fall 67. 1926. J. № 624.	Fall 68. 1926. J. № 663.	
L.-A.	S.-S.	G.-W.	B. E.	Name.
29	24	21	16	Alter.
1	1	1	1	Para.
17	12	15	13	Menarche.
11.6.1925	20.7.1925	Anf. Aug. 1925	Ende Juli 1925	Letzte Periode.
9.3.1926	28.4.1926	19.4.1926	26.4.1926	Geburt.
Emesis, Oedeme Kopfweh	Emesis, Oedeme Nephropathie	Unwohlsein	Kopfweh, Oedeme	Beschwerden i. d. Gravidität.
8.3.1926	15.4.1926	19.4.1926	26.4.1926	Spitaleintritt.
15, bis 9.2.1926	0,4 0,5‰ bis 28.4.1926	4, 4 bis 18.5.1926	1, 8 bis 3.5.1926	Eiweiss im Urin pro ‰.
vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
10. Mon. u. Eröffnung.	Plazentarphriode	Eröffnung	sub partu u. post partu	Zeitauftreten der Anfälle.
1 1	mehrere subekl. Anfälle	5	11 2	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Kristeller	Kristeller	Forceps	spontan (auswärts)	Entbindung (Art.
frühreif	reif	frühreif	frühreif	Kind.
46	51	46	?	Länge (in cm).
2420	3250	2730	2550	Gewicht.
afebril	afebril	afebril	febril	Wochenbett.
reichl.	gering	mässig	—	Blutverlust b. d. Geburt.
400	—	400	480	Aderlass (in cmm).
—	Bewusstseintrübung	—	—	Coma.
10.4.1926	10.5.1926	18.5.1926	17.5.1926	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	wohl	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 69. 1926. J. № 1064.	Fall 70. 1926. J. № 1108.	Fall 71. 1926. J. № 1123.	Fall 72. 1926. J. № 1200.	
B.-C.	T.-G.	W.-E.	S.-E.	Name.
41	28	25	38	Alter.
6	1	2	1	Para.
16	22	13½	14	Menarche.
17.10.1925	Mitte Jan. 1926	25.10.1925	12.11.1925	Letzte Periode.
18.7.1926	22.8.1926	28.7.1926	16.8.1926	Geburt.
Oedeme	—	Uebelkeit, starker Ausfluss	Emesis, Oedeme Nephropathie	Beschwerden i. d. Gravidität.
18.7.1926	25.7.1926	28.7.1926	13.8.1926	Spitaleintritt.
spur bis 30.7.1926	0,4 bis 31.8.1926	6, 23.7.1926. 2,	4,5 bis 28.8.1926	Eiweiss im Urin pro 0/00.
vorh.	—	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
—	—	—	—	Hyaline Zylinder.
post partum	7. Mon.	post partum	Austreibung	Zeitauftreten der Anfälle.
7	3	über 80	1	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
spontan	Sturzgeburt samt d. Planzenta	spontan	Forceps	Entbindung (Art.)
frühreif	frühreif	reif	frühreif	Kind.
46	35	48	46	Länge (in cm).
2370	770	3000	2250	Gewicht.
afebril	afebril	—	afebril	Wochenbett.
600?	gering	gering	620	Blutverlust b. d. Geburt.
200	250	750	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
31.7.1926	1.9.1926	† 30.7.1926 (Herzinsuff.)	30.8.1926	Austritt.
gut	gut	†	gut	Mutter (Befinden)
wohl	im Kinderspital	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 73. 1926. J. № 1406.	Fall 74. 1926. J. № 1491.	Fall 75. 1926. J. № 1535.	Fall 76. 1926. J. № 1557.	
H.-I.	C.-L.	G.-W.	F.-N.	Name.
25	25	22	43½	Alter.
1	1	1	6	Para.
18	12	12	15	Menarche.
Mitte Jan. 1926.	17.12.1925	10.1.1926	12.2.1926	Letzte Periode.
26.9.1926.	14.10.1926	26.10.1926	30.10.1926	Geburt.
Emesis	Oedeme	—	Oedeme	Beschwerden i. d. Gravidität.
26.9.1926	11.10.1926	22.10.1926	25.10.1926	Spitaleintritt.
1,5 bis 2.10.1926	spur, bis 16.10.1926	spur, bis 11.11.1926	4, bis 18.11.1926	Eiweiss im Urin pro ‰.
—	—	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	—	—	—	Hyaline Zylinder.
Austr. u. Plaz.-per. 1 2	Austreibung 1	Eröffnung 3	10. Mon. keine	Zeitauftreten der Anfälle. Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	—	Behandlung.
Kristeller	Forceps	Forceps	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
frühreif	reif	reif	reif	Kind.
44	54	52	—	Länge (in cm).
1990	3720	4300	2650	Gewicht.
afebril	febril	afebril	afebril	Wochenbett.
250	—	—	—	Blutverlust b. d. Geburt.
—	200	300	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
11.10.1926	12.11.1926	12.1.11926	20.11.1926	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden).
wohl	Kopffurunkel, Kinderspital	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Fall 77. 1926. J. № 1657.	Fall 78. 1926. J. № 1720.	Fall 79. 1926. J. № 1722.	Fall 80. 1927. J. № 91.	
C.-W.	B.-B.	L. B.	L.-S.	Name.
40	31	19	37	Alter.
6	1	1	2	Para.
14	15	15	15	Menarche.
Ende Dezemb. 1925	3.3.1926	31.3.1926?	?	Letzte Periode.
11.11.1926	25.11.1926	27.11.1926	7.1.1927	Geburt.
Oedeme, Kopfweh, Amaur. Nephropathie	Oedeme, Flimmern, Kopfweh, Nephropathie	Kopfweh, Flimmern	Kopfweh, Magenschmerzen	Beschwerden i. d. Gravidität.
10.11.1926	25.11.1926	25.11.1926	7.1.1927	Spitaleintritt.
27, bis 20.11.1926	5, bis 3.12.1926	negativ dann spur b. 7.12.26	positiv	Eiweiss im Urin pro $^0/_{00}$.
—	—	—	vorh.	Granulierte Zylinder.
vorh.	—	—	vorh.	Hyaline Zylinder.
Austreibung	Eröffnung	10. Mon.	9. Mon. u. nach d. Sectio	Zeitauftreten der Anfälle.
1	Eklampsismus	5	12 3	Zahl der Anfälle.
Strog.	—	Morph.	sofort operiert	Behandlung.
Müller-Smellie	Müller-Smellie	spontan	Sectio caesarea	Entbindung (Art.)
reif	1) frühreif, 2) frühreif	reif	frühreif	Kind.
50	46 46	47	43	Länge (in cm.)
3900	2200 2500	2650	1720	Gewicht.
afebril	febril	febril	—	Wochenbett.
mässig	200	100	—	Blutverlust b. d. Geburt.
—	—	—	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
20.11.1926	8.12.1926	9.12.1926	† 7.1.1927	Austritt.
gut	gut	gut	†	Mutter (Befinden).
wohl	wohl	Conjunktivitis, Go-, Heilung.	† (Lebenschwäche)	Kind (Befinden).

Fall 81. 1927. J. № 380.	Fall 82. 1927. J. № 391.	Fall 83. 1927. J. № 792.	Fall 84. 1927. J. № 1003.	
B.-B.	J.-T.	H.-J.	M.-S.	Name.
24	23	39½	36	Alter.
1	1	1	4	Para.
?	16½	16	14	Menarche.
10.4.1926?	12.5.1926	12.8.1926	15.9.1926	Letzte Periode.
10.3.1927	7.3.1927	16.5.1927	25.6.1927	Geburt.
Emesis	Emesis	Oedeme	Oedeme, Uebelkeit	Beschwerden i. d. Gravidität.
3.3.1927	5.3.1927	16.5.1927	25.6.1927	Spitaleintritt.
0,6 bis 16.3.1927	20, bis 16.3.1927	20, bis 1.6.1927	8, bis 26.6.1927	Eiweiss im Urin pro 0/00.
—	vorh.	vorh.	—	Granulierte Zylinder.
—	—	vorh.	—	Hyaline Zylinder.
10. Monat	Eröffnung	10. Mon.	post partum	Zeitauftreten der Anfälle.
5	4	3	Eklampsismus	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
spontan	spontan	Sectio caesarea	spontan	Entbindung (Art.)
reif, maceriert	reif	reif,	reif	Kind.
53	50		54	Länge (in cm).
2980	3400	3220	4120	Gewicht.
afebril	afebril	febril	afebril	Wochenbett.
50	200	—	1200	Blutverlust b. d. Geburt.
500	300	—	—	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
21.3.1927	18.3.1927	3.6.1927	5.7.1927	Austritt.
gut	gut	gut	gut	Mutter (Befinden)
†	wohl	wohl	wohl	Kind (Befinden).

	Fall 85 1927. J. № 1040.	Fall 86. 1927. J. № 1085.	Fall 87. 1927. J. № 1086.	Fall 88. 1927. J. № 1279.	
Name.	S.-S	W.-M.	S.-H.	S.-M.	
Alter.	25	30	26	22	
Para.	1	1	1	1	
Menarche.	14	16	12½	18	
Letzte Periode.	26.9.1126	21.9.1926	12.9.1926	25.12.1926	
Geburt.	2.7.1927	10.7.1927	10.7.1927	11.8.1927	
Beschwerden i. d. Gravidität.	Emesis	Emesis, Oedeme, Nephropathie	—	Oedeme Magenschmerzen	
Spitaleintritt.	2.7.1927	9.7.1927	9.7.1927	10.8.1927	
Eiweiss im Urin pro ‰.	35, bis 12.7.1927	25, bis 23.7.1927	spur, bis 19.7.1927	9, bis 14.8.1927	
Granulierte Zylinder.	vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	
Hyaline Zylinder.	vorh.	vorh.	vorh.	vorh.	
Zeitauftreten der Anfälle.	Austreibung	Eröffnung	post partum	9. Mon.	
Zahl der Anfälle.	1	3	1	5	
Behandlung.	Strog.	Strog.	Strog.	Morph. Pantopon (zu Hause)	
Entbindung (Art.	Kristeller	spontan	spontan	Sectio caesarea	
Kind.	reif	1) frühreif, 2) reif	reif, tot	frühreif, Asphyxie	
Länge (in cm).	47½	47 43	52	43	
Gewicht.	3020	2470 2620	3600	1700	
Wochenbett.	febril	febril	afebril	afebril	
Blutverlust b. d. Geburt.	400	1050	150	—	
Aderlass (in cmm).	—	—	200	—	
Coma.	—	—	—	—	
Austritt.	16.7.1927	28.7.1927	23.7.1927	26.8.1927	
Mutter (Befinden).	unvollst. geheilt	gut	gut	gut	
Kind (Befinden).	wohl	wohl	† intrauter. Asphyxie	† intrauter. Asphyxie	

Fall 89. 1927. J. № 1320.	Fall 90. 1927. J. № 1569.	Fall 91. 1927. J. № 1651.	Fall 92. 1927. J. № 1753.	
H.-H.	D.-W.	T.-W.	R.-G.	Name.
27	21	34	22	Alter.
1	1	3	1	Para.
16	?	16	14	Menarche.
5.11.1926	?	15.1.1927	Mitte Februar 1927	Letzte Periode.
21.8.1927	10.10.1927	29.10.1927	18.12.1927	Geburt.
Emesis, Oedeme, Kopfweh	Oedeme	Nephropathie	Nephropathie. andauernde Eiw.-ausscheid.	Beschwerden i. d. Gravidität.
20.8.1927	10.1b.1927	27.10.1927	18.11.1927	Spitaleintritt.
14, bis 2.9.1927	12, bis Austritt spur	12, bis 10.11.1927	20, (19.11.1927 Anurie)	Eiweiss im Urin pro ‰.
—	—	vorh.	vorh.	Granulierte Zylinder.
—	vorh.	vorh.	vorh.	Hyaline Zylinder.
Austreib. u. post partum	7. Monat	10. Mon.	Eröffnung	Zeitauftreten der Anfälle.
1 2	9	3	4	Zahl der Anfälle.
Strog.	Strog.	Strog.	Strog.	Behandlung.
Forceps	Sectio caesarae	Sectio caesarea	Kristeller	Entbindung (Art.)
reif	frühreif	frühreif	reif	Kind.
52	35	47,5	49	Länge (in cm.)
3750	970	2700	3050	Gewicht.
febril	afebril	febrik	–	Wochenbett.
350	gering	gering	500	Blutverlust b. d. Geburt.
—	350	450	200	Aderlass (in cmm).
—	—	—	—	Coma.
10.9.1927	25.10.1927	11.11.1927	† 20.11.1927	Austritt.
gut	gut	gut	†	Mutter (Befinden).
wohl	† ½ Std. pos partum	wohl	wohl	Kind (Befinden).

Die angeführten 92 Eklampsie-Fälle verteilen sich auf ein Material von 18115 zur geburtshilflichen Behandlung aufgenommenen Patientinnen; somit kommt 1 Eklampsie-Fall auf 196 Frauen - 0,50%. Der Prozentsatz in den Jahren 1901—1910 betrug 0,58%; demnach wäre eine sehr leichte Abnahme zu konstatieren. Der Vergleich mit anderen Instituten ergibt das Folgende:

Fürst (Zürich)	0,52%
Zweifel (Münchener Univ.-Frauenkl.)	0,64%
Zacherl (Graz)	0,57%
Büttner (Mecklenburg)	0,16%
Gyllensvärd (Stockholm)	0,6%
v. Rosthorn (Inaug. Dissertat. Rio de Rigetti. Basel.)	0,49%
Kölner Hebammenschule („ „ „)	1,54%
Glockner („ „ „)	2.01%
Württemberg („ „ „)	0,028%

Worauf die grossen geographischen Unterschiede bestehen ist nicht leicht zu entscheiden; zweifellos spielen die Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung eine gewisse Rolle. Immerhin schwankt auch bei uns in den einzelnen Jahren die Eklampsiehäufigkeit, wie sich aus der folgenden Tabelle ergibt.

Tabelle 2.

Jahr	Zahl der aufgenommenen Pat.	Eklampsien	%
1917	1353	4	0,28
1918	1392	4	0,28
1919	1439	6	0,41
1920	1801	6	0,33
1921	1733	10	0,57
1922	1611	8	0,49
1923	1633	7	0,42
1924	1710	8	0,46
1925	1738	10	0,57
1926	1810	16	0,88
1927	1895	13	0,68
1917—1927	18115	92 (davon 4 Ekl-smus).	0,50

Es ist zu beachten wie auch in der Schweiz die Kriegsjahre einen günstigen Einfluss auf die Eklampsiehäufigkeit gehabt zu haben scheinen, denn die niedrigsten Zahlen unserer Uebersicht fallen auf die Jahre 1917 und 1918. Es scheint auch hier die reduzierte Fleisch- und Fetternährung von günstigen Einwirkung gewesen zu sein; bleiben doch die genannten Jahre um fast die Hälfte unter dem Durchschnitt zurück.

Ueber das Lebensalter und die Beeinflussung der Prognose durch dasselbe gibt die folgende Tabelle Aufschluss.

Tabelle 3.

	Unter 20 J.	20—25 J.	26—30 J.	31—35 J.	Aelter
Eklampsien	2	24	29	14	23
Mortalität	—	2	2	1	5
Mortalität in %	—	8,3	6,8	7,1	21,7

Es ergibt sich daraus, dass die Sterblichkeit der Eklampsie im 3. Dezennium und in der ersten Hälfte des 4. Dezenniums sich ungefähr gleich bleibt, dass sie aber jenseits des 35. Altersjahres um fast das dreifache zunimmt.

Auffallend ist die prozentuale Verteilung der Eklampsie auf die einzelnen Altersstufen; sie erhellt aus der folgenden Uebersicht.

Tabelle 4.

	Unter 20 J.	20—25 J.	26—30 J.	31—35 J.	Aelter
Zahl d. Gebär.	854	4831	5822	3641	2306
Anzahl d. Ekl.	2	24	29	14	23
% der Ekl.	0,23%	0,49%	0,49%	0,38%	0,99%

Im grossen ganzen ist also in unserem Krankenmaterial das Befallensein der unter 20 Jahren stehenden Frauen ein relativ geringes; es steigt auf nahezu das Doppelte bei den Frauen zwischen 20 und 35 Jahren; verdoppelt sich aber noch einmal bei den Frauen jenseits des 35. Lebensjahres.

Man kann also sagen, dass mit steigendern Alter die Eklampsie-Wahrscheinlichkeit zunimmt und dass ihre Prognose sich verschlechtert.

Das Auftreten der Eklampsiefälle in den einzelnen Gestationsperioden und ihre Mortalität erweist sich aus der Tabelle 5.

Tabelle 5.

	6 Mon.	7 Mon.	8 Mon.	9 Mon.	10 Mon.	Eröffn.	Austr.	Plaz.-per.	Sub. partu in unbek. Per.	Post partum
	1	3	8	9	16	26	10	1	4	14
†	—	—	1	2	1	2	1	—	1	2
† in %	—	—	12,5	22,2	6,2	7,6	10	—	25	14,28

Zusammengefasst ergibt sich das folgende Bild betr. der Prognose nach dem Auftreten des ersten Anfalles:

Tabelle 6.

	Gravidität	Geburt	Wochenbett
Anzahl d. Fälle	37	41	14
Anzahl d. Todesfälle	7	4	2
Prozent d. Todesfälle	10,8%	9,7%	14,2%

Es ergibt sich demnach, dass fast gleich viele Fälle von Eklampsie in der Gravidität und unter der Geburt auftreten; je näher die Geburt heranrückt, um so häufiger wird die Eklampsie.

Die Wochenbettsfälle betrugen nur etwa ein Drittel der zwei anderen Gruppe. Unter der Geburt treten mehr als die Hälfte der Fälle in der Eröffnungszeit auf. Die Prognose ist relativ am besten unter der Geburt; sie ist etwas schlechter in

der Schwangerschaft, deutlich schlechter aber noch im Wochenbett, wo auf 7 Fälle eine Frau stirbt.

Von unseren 92 Eklampsie-Fällen betrafen 80 nur eine der 3 genannten Gestationsperioden. Bei 12 Fällen dehnten sich die Anfälle auf 2 Gestationsperioden aus.

Von der grössten Bedeutung ist nun die Zahl der Anfälle. Wie sich dieselbe bei unserem Material verhielt, ergibt sich aus der folgenden Zusammenstellung, die auch zugleich die Mortalität aufweist.

Tabelle 7.

	†
23 Fälle mit 1 Anfall	1
14 „ „ 2 Anfälle	1
14 „ „ 3 „	1
9 „ „ 4 „	1
8 „ „ 5 „	—
1 Fall „ 6 „	—
1 „ „ 7 „	—
2 Fälle „ 8 „	—
2 „ „ 9 „	1
2 „ „ 11 „	—
1 Fall „ 13 „	—
1 „ „ 15 „	1
1 „ „ 16 „	—
1 „ „ 17 „	1
1 „ „ 4 „	— (auswärts unbekannte Zahl, im Spital 4)
1 „ über 80 „	1
1 „ mehrere subeklampt. Anfälle	—
2 Fälle mit unbekannter Zahl der Anfälle	1
7 Fälle ohne Anfälle	1

Die Zahl der bekannten Anfälle bei sämtlichen Patientinnen betrug 383. Nun figurieren aber einige Frauen, bei denen die exakte Zahl der Anfälle nicht bekannt ist, oder bei denen keine oder nur undeutliche Anfälle auftraten (Fall 15, 19, 21, 38, 39, 52, 66, 76, 78, 84). Lässt man diese Patientinnen beiseite und zählt nur die sicher bekannte Zahl von Anfällen, so ergibt sich, dass im ganzen 82 Frauen 383 Anfälle hatten. Somit fallen auf die einzelne Patientin 4,6 Anfälle. Lässt man auch die Frau (Fall. 71) weg, die mindenstens 80 Anfälle hatte, so bleiben 81 Frauen mit 303 Anfällen, also pro Patientin 3,7 Anfälle. Durchschnittlich werden es wohl etwas mehr sein.

Die Zahl der Erstgebärenden betrug 66; sie hatten zusammen mindenstens 238 bekannte Anfälle. 5 Frauen scheiden aus, da die Zahl ihrer Anfälle nicht bekannt ist; es bleiben also 61 Frauen mit 238 Anfälle. Es entfallen also auf eine Erstgebärende durchschnittlich 3,9 Anfälle.

Die Zahl der Mehrgebärenden betrug 26 mit 145 bekanten Anfälle; es scheiden wiederum 5 Frauen aus mit unbekannter Zahl der Anfälle. Die übrigbleibenden 21 Frauen hatten 145

Anfälle, also entfielen auf eine Mehrgebärende 6,9 Anfälle. Es muss aber auch hier die Patientin die seltenerweise 80 Anfälle hatte ausgeschieden werden, so dass auf 20 Frauen 65 Anfälle fielen; somit auf die einzelne 3,2 Anfälle.

Mithin kann wohl gesagt werden, dass Erst- und Mehrgebärende nahezu die gleiche durchschnittliche Anzahl von Anfällen aufweisen.

Aus den oben angegebenen Daten geht auch hervor, dass die Anzahl der Anfälle sehr grossen Schwankungen unterworfen ist. Andererseits können wir nicht behaupten, dass mit Zunahme der Anfälle die Mortalität wächst, denn man findet Fälle, bei welchen die Eklamptische nach dem ersten Anfall gestorben ist, während andere mit grosser Anzahl der Anfälle am Leben geblieben sind.

Verhältnis des Eiweissgehaltes zu der Schwere der Eklampsie.

Zuzammenstellung.

Tabelle 8.

Fall	Eiweiss pro ‰	Zahl der Anfälle	Ausgang
85	35	1	Unvollst. Heilung. Eiweiss posit. Gran. und hyal. Zyl.
46	30	11	gut
41	28	3	„
77	27	1	„
44	21	3	„
47	21	5	„
63	20	3	„
82	20	4	„
83	20	3	„
92	20	4	gestorben
14	16	1	gut
15	16	unbekannt	»
65	15	2	»
48	14	1	gestorben
89	14	3	gut
2	12	1	„
21	12	keine	„
50	12	2	„
54	12	2	„
90	12	9	„
91	12	3	„
55	10	2	gestorben
20	10	4	Parästhesien d. Extrem.
25	9,5	2	gut
26	9	4	„
27	9	1	Kopfweh, Ohrensausen
57	9	2	gut
88	9	5	„
36	8	5	„
84	8	keine	„
43	7	17	gestorben
71	6	über 80	„
9	5	4	gut
22	5	2	„
78	5	keine	„

Fall	Eiweiss pro $^0/_{00}$	Zahl der Anfälle	Ausgang
72	4,5	1	"
23	4	4	"
37	4	1	"
67	4	5	"
76	4	keine	"
10	4	3	chron. Nephritis
18	4	1	"
7	3	4	gut
28	3	5	"
31	3	1	"
35	3	1	"
38	3	—	gestorben
40	3	8	gut
24	2,5	2	"
86	2,5	3	"
4	2	3	"
11	2	2	"
34	2	3	"
68	1,8	13	"
30	1,5	2	"
73	1,5	3	"
39	1,3	keine	"
33	1,2	2	"
61	0,6	2	"
81	0,6	5	"
17	0,5	1	geringe Anämie
66	0,5	mehrere subekl. Anf.	gut
3	positiv	2	"
13	"	1	"
19	"	unbekannt.	gestorben
45	"	3	"
49	"	8	gut
51	"	16	"
52	"	keine	"
58	"	1	"
60	"	2	"
62	"	5	"
80	"	15	gestorben
6	spur	4	gut
69	"	7	"
74	"	1	"
75	"	3	"
87	"	1	"
29	spur opal	6	"
32	"	4	"
12	opal	1	"
42	"	11	"
59	"	1	"
8	negativ	9	gestorben
53	"	1	gut
56	"	1	»
79	"	5	»
1	nicht bekannt	1	»
5	"	1	»
16	"	1	»
64	"	4	»
70	"	3	»

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, dass der Eiweissgehalt und die Zahl der Anfälle im keinen konstanten Verhält-

nisse stehen. Auch die Prognose wird durch den Eiweissgehalt nicht beeinflusst; Grund genug um die beiden Erkrankungen, Nephropathie und Eklampsie im Prinzip von einander zu trennen: die Eklampsie ist nicht eine Folge-Erscheinung der Nephropathie, sondern eine Parallel-Erscheinung der Toxikose. Wenn man einzelne Fälle analysiert, so können wir keine Beziehung der Eiweissmenge zur Schwere der Eklampsie feststellen: wir haben Fälle mit verhältnissmässig hohem Eiweissgehalt und geringer Zahl der Anfälle mit tödlichem Ausgang; Fälle mit niedrigem Eiweissgehalt mit einer relativ grossen Zahl von Anfällen mit tödlichem Ausgang. Andererseits, Fälle mit viel Eiweiss und wenigen Anfällen und Fälle mit geringem Eiweissgehalt und zahlreichen Anfällen bei am Leben gebliebenen Patientinnen. Die Beziehungen der Eiweissmenge zur Schwere der Eklampsie sowie die Folgen für die Mutter sind verschieden und von der Höhe des Eiweissgehaltes als auch von der Zahl der auftretenden Anfälle unabhängig.

Nach der Entbindung sank meist die Eiweissmenge rasch ab, dagegen stieg die Urinmenge—beides ein Zeichen der Wiederherstellung der normalen Nierentätigkeit. Das völlige Verschwinden des Eiweisses innert der ersten Woche wurde in 42,3% der Fälle beobachtet; in einzelnen Fällen war aber noch 2—3 Wochen post partum Eiweiss nachweisbar und einzelne Frauen mussten mit positiven Eiweissbefund entlassen werden.

Eine Beobachtung, die verhältnissmässig häufig gemacht wird, ist die folgende: nach anfänglichem Sinken des Eiweissgehaltes, steigt derselbe wieder an, etwa am 4—6 Wochenbettstage. Es mag dies in einzelnen Fällen damit zusammenhängen, dass die anfängliche Wasserausschwemmung wieder geringer und daher der prozentuale Eiweissgehalt wieder grösser wird. In anderen Fällen aber stieg der Eiweissgehalt trotz gleichbleibender Urinmenge wieder, nicht selten mit der in diesen Tagen oft beobachteten Temperatursteigerung. Es dürfte sich in diesen Fällen wohl wieder um eine leichte, durch die Resorption von Toxinen bedingte Schädigung der offenbar besonders empfindlicher Niere handeln.

Die Wöchnerinnen, die der Eklampsie erlagen, hatten folgenden Eiweissgehalt:

Tabelle 9.

Fall	Eiweiss.	Tod am Wochenbettstage
8	negativ	am 1 Tage
19	positiv	vor d. Entbindung
38	3‰	am 1 Tage
43	7‰	am 2 Tage
45	positiv	am 1 Tage
48	14‰	am 1 Tage
55	10‰	am 2 Tage
71	6‰	am 3 Tage
80	positiv	am 1 Tage
92	20‰	am 3 Tage

Mit anscheinend schon vor der Schwangerschaft bestehender chronischer Nephritis wurden 3 Frauen entlassen: Fall 10, 18, 85.

Die Resultate der Eklampsie-Behandlung.

Die Prinzipien nach denen in der Basler Frauenklinik die Eklampsie behandelt wird, sind oben angegeben worden.

Bei den 92 Patientinnen wurden folgende geburtshilfliche Verfahren angewendet:

Tabelle 10.

	I-Para	Pluripara	Summa	In %
Spontangeburten	19	9	28	30,4%
Sectio caesarea	17	8	25	27,1%
Forceps	15	2	17	18,4%
Kristeller	10	2	12	13%
Extrakt. aus Beckenendlage	2	3	5	5,5%
Perforation	1	—	1	1,08%
† vor d. Entbindung	1	—	1	1,08%
Auswärts entb. Frauen	1	2	3	3,2%

In der obigen Tabelle sind die Fälle, in denen die Eklampsie erst nach der Geburt auftrat zu den Spontangeburten gerechnet, sie wurden mittels des Stroganoff'schen Verfahrens behandelt.

Die Mortalität der Mütter nach den eizelnen Verfahren geordnet, ergibt folgendes Bild:

Sterblichkeit der 1-Parae bei den einzelnen Verfahren.

Tabelle 11.

	Spont.	Sectio caesarea	Forc.	Krist.	Müller Smellie	Perf.	† v. d. Entb.	Auswärts gebor.	Summa
	19	17	15	10	2	1	1	1	66
†	—	2	1	2	—	—	1	—	6
† in %	—	11,7	6,6	20	—	—	100	—	9

Ueber die **Sterblichkeit der Pluriparae nach einzelnen Verfahren** geordnet, ersehen wir aus folgender Tabelle.

Tabelle 12.

	Spont.	Sectio caesarea	Forc.	Krist.	Müller-Smellie	Auswärts geb.	Summa
	9	8	2	2	3	2	26
†	1	2	—	1	—	—	4
† in %	11,1	25	—	50	—	—	15,7

Aus folgender Tabelle sehen wir die **Moralität der sämtlichen Eklampsie - Frauen klassifiziert nach d. einzelnen Verfahren:**

Tabelle 13.

	Spont.	Sectio caser aea	Forc.	Krist.	Müller-Smellie	Perf.	† v. d. Entbind.	Auswärts gebor.	Summa
	28	25	17	12	5	1	1	3	92
†	1	4	1	3	—	—	1	—	10
† in %	3,5	16	5,8	25	—	—	100	—	10,8

Dieser Uebersicht zufolge betrug die Gesammtmortalität 10,8%, während in anderen Instituten finden wir folgende Daten:

Tübingen Frauenklinik (Breunig) 22,7%
Leipzig (Lichtenstein) 17,4%
Stockholm (Gyllensvärd) 7,8%
Giessen (Atzerodt) 11,6%
Staatl. Institut Hamburg (Westphal) 8,5%

Es wäre nun irrtümlich aus den obigen Mortalitätstabellen für die einzelnen Verfahren und ihre Wertigkeit Schlüsse ziehen zu wollen, denn das Vorgehen richtete sich nach der klinisch beurteilten Schwere der jeweiligen Erkrankung. Wenn also die Kaiserschnittsfälle eine hohe Mortalität ergeben, so liegt dies nicht an die Sectio selbst, sondern an der Schwere der die Operation indizierenden Erkrankung. Dies ergibt sich zunächst daraus, dass die durch Kaiserschnitt entbundenen Frauen nicht etwa an eine Peritonitis oder sonstigen Operationskomplikation, sondern an der Schwere der Organveränderung wie sie durch die Eklampsie bedingt waren, verstarben. Auch von den durch blossen Kristeller'schen Handgriff Entbundenen starb ein hoher Prozentsatz, wobei allerdings die Kleinheit der Zahlen zu berücksichtigen ist.

Diese Ueberlegungen zeigen, dass es nicht angängig ist, sich in der Behandlung der Eklampsie auf ein einziges Verfahren, als Methode die Wahl prinzipiell festzulegen, sondern, dass selektiv die einzelnen Fälle je nach der Sachlage zu behandeln sind.

In dieser Beziehung ist naturgemäss der Moment des Eintrittes der Eklampsie von Bedeutung. Bringt man ihn in Beziehung zur Mortalität, so ergibt sich das folgende Bild.

Tabelle 14.

	Gravidität	Geburt	Wochenbett
I-Parae	28 († 2)	34 († 4)	4
Pluriparae	10 († 3)	7	9 († 1)
Reine Ekl. d. I-Parae	20 († 1)	31 († 4)	4
Reine Ekl. d. Pluriparae	9 († 1)	7	9 († 1)

Unter „reinen" sollen diejenigen Eklampsien gedacht werden, welche in seinem Auftreten nur auf eine Gestationsperiode sich beschränkt bleiben und nicht von d. Graviditat auf die Geburt und Wochenbett oder v. der Geburt auf das Wochenbett sich weiter ausdehnen.

Fall 8. 29J. Primipara. Eiwessprobe negativ. 9 Anfälle. Exitus 50 Min. nach d. Sectio caesarea. Sektionsbefund: Hämorrhagia cerebri, multiple Blutungen in d. Leber, Milz, Nierenbecken, subendocardial und Netzhaut.

Fall 19. 37J. Primipara. Eiweiss positiv. Prozentuelle Eiweissmenge unbekannt. Zahl der Anfälle v. d. Spitaltransport nicht bekannt. 2 Stunden nach einsetzender Behandlung-Exitus. Sektionsbefund: Eklampsia gravidarum. Hämorrhagia cerebri mit Durchbruch in die Ventrikel. Multiple Blutungen und Nekrosen der Leber. Lungenödem.

Fall 38. 40J. Primipara. Eiweiss 3‰. Keine Anfälle. Exitus—2 Stunden post partum. Sektionsbefund: eklamptische Blutung der Leber, geringe Trübung der Niere. Endocarditis.

Fall 43. 26J. Primipara. Eiweiss 7‰. 17 Anfälle. Am 2. Wochenbettstage im Anschluss an 17. Anfall—Exitus. Sektionsbefund: eklamptische Herde der Leber. Lockerung und Schwellung der Nieren.

Fall 45. 39J. 5-Para. Eiweiss positiv. 3 Anfälle. Exitus am Tage der Entbindung. Sektionsbefund: hämorrhagisch-thrombotische Herde der Leber, Nekrose, fleckige Trübung des Herzfleisches. Kapilläre Anämie der Niere, reichliche hyaline Zylinder, Verfettung der Epithelien. Hämatocephalus internus.

Fall 48. 31J. Primipara. Eiweiss 14‰. 1 Anfall. Exitus—bald nach der Entbindung. Sektio verweigert.

Fall 55. 42J. 2-Para. Eiweiss 10‰. 2 Anfälle. Exitus—12 Std. nach der Entbindung. Herzinsuffizienz. Sektio verweigert.

Fall 71. 25J. 2-Para. Eiweiss 6‰. Ueber 80 Anfälle post partum. Am 3.Wochenbettstage—Exitus. Herzinsuffizienz. Sektio verweigert.

Fall 80. 37J. 2-Para. Eiweiss positiv. 15 Anfälle. Exitus—sofort nach d. Sectio caesarea. Sektio verweigert.

Fall 92. 22J. Primipara. Eiweiss 20‰. 4 Anfälle. Anurie. Am 3. Wochenbettstage—Exitus. Sektio verweigert.

———

Die **Sterblichkeitsresultate der Kinder** bei den einzelnen Verfahren ist aus der nächsten Tabelle ersichtlich:

Tabelle 15.

	Spont.	Sectio caesarea	Forc.	Krist.	Müller-Smellie	Perf.	Ausw. geb.	† v. d. Entb.	Summa
Zahl d. Geburten	28	25	17	12	5	1	3	1	92
Zahl d.geb.Kinder	29	27	19	12	7	1	4	—	99
Kindl. Mortalität	7	8	4	3	3	1	—	—	26
Mortalität in %	24,1	29,6	21	25	42,8	100	—	—	26,2

Bei unseren 99 geborenen Kindern ist ein Verlust von 26 zu konstatieren, unter welchen 10 lebend zur Welt kamen und nachträglich starben (Adynamie, Asphyxie, intracranielle Blutung).

Die Zahl der tot geborenen (maceriet, intrauterine Asphyxie, Perforation) betrug 16.

Die Todesursache der lebend geborenen war:

Adynamie	4
Asphyxie	4
Intracranielle Blutung	1
Im Kinderspital (aus uns unbekannt. Ursache)	1

Von den tot geborenen waren:

Intrauterine Asphyxie	11
Maceriert	4
Perforation	1

Ueber die Dauer von Coma besitzen wir leider nur in einzelnen Fällen Angaben (s. d. Tabelle 1). Ebensowenig konnte nicht die genaue Dauer der Eiweissausscheidung festgestellt werden, denn der erste Tag der Eiweissausscheidung ist uns auf Grund der Krankengeschichte nicht bekannt.

Ueber die Dauer des Spitalaufenthaltes verweise ich auf die Tabelle 1.

Zum Schluss möchte ich an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, HERNN PROF. Dr. A. LABHARDT, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Basel, für die Ueberlassung des Themas, die gütige Unterstützung bei der Ausarbeitung des Materials und für das bekundete Interesse, meinen besten Dank aussprechen.

Literatur.

STOECKEL. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1923.

JASCHKE-PANKOW. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1922.

HALBAN-SEITZ. Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. 7. 1927

BÜTTNER. Zentralblatt der Gynäkologie. Einfluss des Krieges. 1920.

FAHR. Zentralblatt für Gynäkologie. Ueber Nierenveränderung bei Eklampsie. Bd. 2. 1920.

VARO. Zentralblatt für Gynäkologie. Krieg und Eklampsie. Bd. 1. 1920.

RICHTER. Zentralblatt für Gynäkologie. Einfluss des Krieges auf die Geburtshilfe. Bd. 2. 1917.

FÜRST. Zentralblatt für Gynäkologie. Ueber das Vorkommen der Eklampsie und die Berechtigung der aktiven Therapie. Zürich, Bd. 1. 1924.

STROGANOFF. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Die prophylaktische Behandlung der Eklampsie und die dabei erzielten Erfolge. Bd. 29. 1909.

LICHTENSTEIN. Zur Klinik, Therapie und Aetiologie der Eklampsie, nach einer neuen Statistik bearbeitet auf Grund von 400 Fällen. Leipzig, Archiv für Gynäkologie, H. 1. 1912.

RIO DE RIGETTI. Inaugural-Dissertation. Ueber Eklampsie-Behandlung Basel, 1913.

JUDA LIPNIK. Inaugural-Dissertation. Die bisherigen Resultate der abwartenden Eklampsie-Therapie im Frauenspital Basel. Basel, 1917.